

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1938-1939

N° 60

DES
COMPLICATIONS
DES
KYSTES HYDATIQUES DE LA RATE
ET DE LEUR
TRAITEMENT

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Jeudi 22 Décembre 1938

PAR

Pierre-Edouard-Clément-Marcel ROBERT

Élève de l'École de Santé Navale

Né à L'IMOGES (Haute-Vienne), le 8 Novembre 1912

Examineurs de la Thèse	}	MM. GUYOT, Professeur	Président
		JEANNENEY, Professeur	} Juges
		LOUBAT, Agrégé	
		MASSÉ, Agrégé	

BORDEAUX

Imprimeries GRENOUILLEAU-LANDAIS ET LES FILS

— 1938 —



Digitized by the Internet Archive
in 2026

ANNÉE 1938-1939

N° 60

DES
COMPLICATIONS
DES
KYSTES HYDATIQUES DE LA RATE
ET DE LEUR
TRAITEMENT

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Jeudi 22 Décembre 1938

PAR

Pierre-Edouard-Clément-Marcel ROBERT

Élève de l'École de Santé Navale

Né à LIMOGES (Haute-Vienne), le 8 Novembre 1912

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, Professeur	Président
		JEANNENEY, Professeur	{ Juges
		LOUBAT, Agrégé	
		MASSÉ, Agrégé	

BORDEAUX

Imprimeries GRENOUILLEAU-LANDAIS ET LES FILS

- 1938 -

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen M. MAURIAC.
 Assesseur M. LABAT.
 Doyen honoraire M. C. SIGALAS.



PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGES, BEILLE, CASSAET,
 CHAVANNAZ, PACHON, C. SIGALAS, SABRAZES, BEGOUIN, DUPOUY.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ROCHER.
—	DUPÉRIE.	Clinique médicale des maladies des enfants	CRUCHET.
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.	Chimie biologique et médicale.	MACHEBOEUF.
Clinique chirurgicale	PAPIN.	Physique médicale et pharmaceutique	WANGERMEZ.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.	Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques	BONNIN.
Clinique d'accouchement	ANDÉRODIAS.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	PETGES.
Anatomie	DAMADE.	Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	VILLEMEN.	Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Hygiène	LEURET.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Médecine légale et déontologie.	LANDE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX.
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale	RECHOU.	Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ
Chimie	CHELLE.		
Botanique et matière médicale	GOLSE.		
Pharmacie	VITTE.		
Zoologie et parasitologie	MANDOUL.		
Médecine expérimentale	AUBERTIN.		
Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.		
Physiologie	FABRE.		

LACOSTE (Histologie), PÉRY (Obstétrique), PERRENS (Maladies mentales),
 R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles), JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie	N.	Chirurgie générale	CHARBIER.
—	DUFOUR.	—	LOUBAT.
Physiologie	N.	—	MASSE.
Médecine générale	PIÉCHAUD.	—	DARGET.
—	DELMAS-MARSALET	—	N.
—	DE GRAILLY.	Obstétrique	RIVIÈRE.
—	FONTAN.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
—	BROUSTET.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
—	DERVILLEE.	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
—	N.	Physique médicale	N.
		Chimie générale pharmaceutique et toxicologie	N.

COURS COMPLÉMENTAIRES

	MM.		MM.
Anatomie	J. BEAUVIEUX.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.
Physiologie	PETITEAU.	Physique médicale et pharmaceutique	AURIAC.
Médecine opératoire	JEANNENEY	Médecine légale	DERVILLEE
Accouchements	RIVIÈRE.	Urologie	DARGET.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET	Botanique	GIRARD.
Ophtalmologie	CABANNES (en congé).	Bactériologie	MOUREAU.
Puériculture	FAUGÈRE.	Législation pharmaceutique ..	POPLAWSKI
Pharmacie galénique	MESNARD.	Chimie minérale	CASTAGNOU.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes M. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE - A MA MERE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A LA PROMOTION LARREY 1934

A TOUS MES CAMARADES
DE L'ECOLE DU SERVICE DE SANTE DE LA MARINE

A MES MAITRES
DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A MES JUGES

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL CAZAMIAN

*Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé
de la Marine et des Troupes Coloniales,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Officier du Mérite Maritime,
Officier de l'Instruction Publique.*

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

*Professeur de Clinique Chirurgicale et Gynécologique,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-André,
Membre correspondant de l'Académie de Chirurgie,
Vice-Président de la Société Française de Gynécologie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de Guerre,
Officier de l'Instruction Publique.*

Hommage respectueux.

INTRODUCTION

Localisation rare de l'échinococcose, le kyste hydatique de la rate est cependant connu depuis longtemps. Sans remonter à 1790, date de la première constatation nécropsique de Berthelot, ni à la première tentative chirurgicale réalisée par Quénu en 1889, notons que les travaux basés sur les multiples observations publiées ont permis à cette affection de rentrer depuis déjà pas mal d'années dans le cadre de la pathologie classique. Il suffit, pour s'en assurer, de se reporter au *Traité de Chirurgie* de Le Dentu et Delbet, paru en 1913. On peut y lire, de la plume du Professeur Chavannaz et de notre maître le Professeur Guyot, la question des kystes hydatiques de la rate magistralement traitée.

Depuis les deux leçons cliniques de Dieulafoy, faites à l'Hôtel-Dieu de Paris en 1899, à l'occasion de deux cas personnels, les publications se sont poursuivies, surtout dans les pays où le kyste hydatique est fréquemment rencontré. A l'étranger, citons : l'Italie, l'Argentine, l'Uruguay, la Grèce, l'Australie, la Russie, l'Islande.

Chez nous, l'Afrique du Nord apporte une contribution capitale à cette étude: Maroc, Tunisie et surtout Algérie, avec Costantini et son élève, Sabadini, dont la monographie, paru en 1936, est sûrement l'ouvrage récent le plus important sur la question.

Dans la métropole, enfin, le kyste hydatique de la rate, quoique beaucoup plus rare, a été signalé et étudié par les chirurgiens dans nombre de centres: Paris, Marseille, Nancy, Lyon, Rouen, avec le Professeur Dévé, véritable

spécialiste de la question des échinococcoses. A Bordeaux, enfin, le kyste hydatique, de par la proximité des Landes, est souvent rencontré, et la localisation splénique n'y est pas exceptionnelle.

Nous nous proposons, dans ce travail, en nous appuyant sur les quelques 250 observations de kystes hydatiques de la rate que nous avons pu contrôler, d'étudier les complications pouvant survenir en cours d'évolution. Nous les avons groupées sous quatre titres :

- 1° Compression des organes voisins;
- 2° Suppuration du kyste;
- 3° Rupture du kyste;
- 4° Calcification du kyste.

Nous terminons par l'étude des indications opératoires et de la conduite à tenir devant ces complications en nous inspirant des plus récentes opinions, des résultats et de l'expérience des chirurgiens habitués à opérer sur ces rates.

Qu'il nous soit permis, en terminant ce préambule, de remercier notre maître, le Professeur Guyot, de nous avoir inspiré ce sujet de thèse, car il nous a permis d'approfondir, par une étude nouvelle, un sujet intéressant et dont la connaissance n'est par strictement réservée à ceux qui vivent en « terre hydatique ». « La maladie hydatique, dit le Professeur Sabadini, ne doit plus être considérée comme une parasitose étroitement et strictement réservée, circonscrite à certaines régions dites « terres hydatiques »; elle tend, de plus en plus, à être rencontrée un peu partout, étant donné les échanges ethniques devenus plus faciles et plus rapide. La connaissance de la maladie hydatique doit donc s'étendre. »

CHAPITRE PREMIER

DES COMPLICATIONS

I. — La compression

Cette complication, très fréquente, ne nous retiendra pas longtemps, car elle n'est généralement pas grave, et ce n'est pas elle qui impose l'intervention. Elle prête, cependant, à des considérations intéressantes d'ordre anatomo-pathologique et diagnostique, mises récemment en évidence.

Après une période de latence, que l'on peut fixer entre un et trois ans, on sait que le kyste s'accroît progressivement et prend un développement soit abdominal le plus souvent, soit thoracique moins fréquemment, soit enfin abdomino-thoracique plus rarement. Respectivement, 49, 9 et 1 cas, sur 59 observations de Sabadini. Or, le volume atteint par les kystes hydatiques de la rate est presque toujours *énorme*, surtout par rapport au développement de l'organe où il a pris naissance. Pesant de 400 gr. à 4 kilos 800, ils contiennent de 1 à 8 litres de liquide, jusqu'à 15 litres (Guedj). Beaucoup descendent jusqu'à la crête iliaque; certains atteignent le pubis, plongent même dans le pelvis (Barret). Dieulafoy note dans une de ses observations que la tumeur remontait jusqu'à la 3^e côte.

On comprend aisément que le kyste, à l'étroit dans sa loge, repousse le diaphragme et puisse comprimer le poumon gauche, surtout dans les formes thoraciques, comprime aussi l'estomac et surtout les côlons, dans la forme *abdominale*, la plus fréquente.

Il existe toute une gamme dans l'intensité des symptômes, en rapport évidemment avec le degré d'accroissement du kyste. Dans leurs formes les plus atténuées, on peut dire que ces signes font partie de la symptomatologie classique des kystes hydatiques de la rate. Ils atteignent rarement une grande intensité.

Pour les tumeurs à développement thoracique, ce sera la gêne respiratoire, la toux, la douleur imputable aussi aux adhérences, se traduisant à l'examen physique par la voussure, l'élévation du mamelon gauche (signe de Dieulafoy), la matité pulmonaire, l'obscurité respiratoire; à la radiographie, par l'élévation de l'hémi-coupole diaphragmatique gauche.

Pour les tumeurs à développement abdominal, la compression stomacale se traduira par l'anorexie, des douleurs épigastriques, plus rarement des vomissements ou une intolérance alimentaire absolue (Mas, Silvestrini). Le cliché radiographique montrera une transposition de l'estomac vers la ligne médiane. Mirizzi a, tout récemment, attiré l'attention sur la valeur de ce déplacement gastrique pour le diagnostic des tumeurs de l'hypocondre gauche, en particulier lorsqu'on hésite entre une tumeur kystique du rein ou de la rate. Il est des cas où, pour des raisons spéciales, la pyélographie intraveineuse ne donne aucun résultat et où le cathétérisme des uretères est impossible. Cet auteur a examiné une série de grandes tumeurs de l'hypocondre gauche : fibromes et fibro-sarcomes rétro-péritonéaux; kystes du rein ou hydronéphroses et rates splénomégamiques. En général, les tumeurs kystiques du rein repoussent les *deux tiers inférieurs* de l'estomac: mésogastre et antre pylorique, franchement vers la droite; par contre, les splénomégalias déplacent la *totalité* de l'estomac: grosse tubérosité, mésogastre, antre pylorique vers la ligne médiane, le contour de la grande

courbure se trouvant ramené à une ligne droite, voisine de l'axe médian.

Sabadini, également, dans une récente observation, a signalé l'importance diagnostique de ce signe radiologique.

La compression de l'appareil urinaire a tout récemment été signalée dans une observation des Professeurs Papin et Darget, que nous rapportons par ailleurs. Alliée à une altération marquée du kyste, cette compression se manifestait par une symptomatologie douloureuse rénale. L'uretéro-pyélographie montrait, en effet, un uretère perméable, mais repoussé par la tumeur vers le rachis.

Mais c'est surtout au niveau des côlons transverse et descendant, de l'angle colique gauche, que l'on observe les compressions les plus marquées. Elles se traduisent par des digestions pénibles, de la constipation, parfois des accidents de sub-occlusion, ou même d'occlusion (obs. de Lucas-Championnière et de Sokoloff). Les adhérences, créant des brides dures et fibreuses, doivent être également tenues pour responsables de ces accidents ayant nécessité parfois l'entérotomie (cas de Sokoloff).

II. — La suppuration

A) *Etiologie - Pathogénie.*

La suppuration est la complication la plus souvent rencontrée dans les kystes hydatiques de la rate.

Sans être très fréquente, elle est loin d'être rare. Brun, de Tunis, et Oulié, de Constantine, rapportent 7 kystes suppurés, pour 31 non suppurés : presque 1 sur 4. Sabadini, d'Alger, sur 48 observations d'échinococcose splénique, a trouvé qu'il s'agissait 23 fois de pus franc, 5 fois de pus mêlé à des calcifications.

Le mode d'infection du kyste n'est pas encore bien élucidé, car les examens bactériologiques manquent le plus souvent.

Dans des observations anciennes, on a pu l'attribuer à des ponctions septiques, mais avec l'abandon de cette méthode thérapeutique, ces cas ne se voient plus aujourd'hui. Le plus souvent, l'infection du kyste se fait par voie sanguine, à l'occasion d'une infection de voisinage ou d'une maladie infectieuse intercurrente : grippe, infection puerpérale ; plus rarement, par contiguïté ou par voie lymphatique; les rapports très intimes de ces kystes avec le côlon ou le grêle en donnent l'explication. Certains auteurs, enfin, ont invoqué une fissure de la membrane mère.

B) *Anatomie pathologique.*

Quoiqu'il en soit du mode d'infection, la flore microbienne n'a guère été précisée, en dépit de l'intérêt qu'offriraient de telles recherches. Il s'agit, parfois, de pus aseptique, mais les seuls résultats positifs que nous ayons trouvés dans les observations, la plupart muettes à ce sujet, sont ceux de Tuffier, d'Antona et de Giamettasio qui ont trouvé dans le pus kystique du colibacille pur. Peyre isola un cocobacille du groupe des salmonelloses. Cela permettrait de soupçonner l'origine intestinale de cette infection, étant donné la contiguïté de l'intestin, mais le petit nombre d'examen bactériologiques pratiqués ne permet pas d'en tirer une conclusion générale.

La septicité du contenu kystique entraîne des modifications d'ordre anatomo-pathologique sur lesquelles il est permis d'insister, car elles intéressent au premier chef le chirurgien; ce sont les adhérences péri-kystiques. La plupart des observations notent l'adhérence de la tumeur, fixée solidement aux autres organes limitant la loge splénique: diaphragme, estomac, épiploon, côlon, lobe gau-

che du foie le plus souvent, mais aussi pancréas, rein gauche, paroi costale et même vessie, rectum (obs. de Delbecq), pubis (obs. d'Olliver). Cette réaction péri-tumorale existe pour tous les kystes hydatiques, quelle que soit leur localisation. Mais Dévé et Sabadini, qui ont une grande expérience de la question, insistent sur un fait particulier : la fixité très fréquente et très importante des kystes hydatiques de la rate ne doit pas être imputée seulement à une suppuration du kyste, car elle existe tout aussi bien dans les kystes non suppurés, réaction si rare au cours de l'échinococcose hépatique non compliquée. Cette fixation permet d'envisager déjà les difficultés et les risques de la splénectomie.

c) *Signes.*

La symptomatologie de ces kystes suppurés de la rate est très variable et ne signe pas toujours la présence d'une collection purulente. Cela découle de l'intensité de la virulence de ce pus qui est, même souvent, comme nous l'avons vu, aseptique.

Parfois, les symptômes sont très accusés et ont pu faire penser à un abcès de la rate ou à un abcès sous-phrénique : température à grandes oscillations, frissons, douleur vive spontanée et provoquée, avec contracture, dyspnée parfois, amaigrissement rapide et état général mauvais.

D'autres fois, le malade présente de l'amaigrissement, une augmentation notable du volume de la tumeur, mais surtout il a de la fièvre et une aggravation de la douleur locale; la température peut ne pas être très élevée : 38° à 38° 5; la douleur, à peine plus marquée et ne se manifester qu'au palper de la tumeur.

Très souvent, enfin, aucun symptôme local, aucune modification de l'état général ne permettra de penser à une suppuration du kyste hydatique. On notera, parfois, une

fièvre légère; quelques douleurs avec élancement, survenant par intermittence, mais ce sont là des signes qui n'ont rien de caractéristique de la suppuration, puisqu'ils peuvent se rencontrer aussi bien dans les kystes simples, non suppurés. Dans ces cas-là, donc, seule l'intervention fera constater le véritable état du contenu du kyste. Sur 16 observations de kystes suppurés que nous avons pu parcourir et qui faisaient mention de l'état du malade dans les dernières années précédant l'opération, 6 d'entre elles spécifiaient l'absence de signes précis de suppuration ; c'est seulement après incision de la paroi que la ponction permit de retirer au lieu d'un liquide eau de roche un contenu kystique puriforme ou même franchement purulent.

Cette absence fréquente de signes cliniques de purulence explique la fréquence des guérisons opératoires relevées dans ces cas-là. Sabadini, dans les cas de cet ordre, note plus de 50 % de guérisons post-opératoires.

d) *Diagnostic - Pronostic.*

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic de cette complication.

Nous avons vu qu'il faudra souvent se contenter du diagnostic de kyste hydatique; seule, l'intervention fera constater le véritable état du contenu du kyste.

Si les signes infectieux sont marqués, on pourra songer à des abcès de rate, ou abcès phénique. Mais l'étude des antécédents: notions de tumeur de l'hypocondre gauche se développant depuis longtemps avec parfois des douleurs intermittentes, et les examens permettront facilement le diagnostic: radio montrant une ombre déplaçant l'estomac ou refoulant le diaphragme; les réactions biolo-

giques de Casoni et de Weinberg, les frottis de sang montrant avec une polynucléose, une éosinophilie plus ou moins marquée.

Le pronostic des kystes suppurés, abandonnés à eux-mêmes, dépend essentiellement de l'allure clinique: la cachexie et la mort pour les malades présentant les grands signes d'une collection purulente ; l'évolution classique des kystes clairs, pour les sujets porteurs de kystes suppurés méconnus. Avec risque de rupture qui, dans ces cas-là, semble être plus fréquent et surtout plus grave: (péritonite, septicémie...).

III. — La rupture

A) *Etiologie - Anatomie pathologique.*

L'ouverture des kystes hydatiques de la rate, sans être une complication aussi fréquente que la suppuration, n'est cependant pas rare. Nous l'avons trouvée signalée dans 35 observations. Nous publions, par ailleurs, celles qui nous ont paru les plus caractéristiques. La plupart sont anciennes, car ces manifestations sont devenues moins nombreuses au fur et à mesure de l'établissement précoce de l'intervention.

La rupture peut se produire aussi bien pour les kystes clairs que pour les kystes suppurés. Elle semble plus fréquente dans ce dernier cas. Avec Duvé, nous distinguons :

1° Les ruptures de kystes purulents;

2° Les ruptures de kystes à liquide limpide qui se produisent soit spontanément, soit à la suite d'un traumatisme ou d'un effort.

Dans le premier cas, la rupture est l'aboutissant normal de l'évolution d'un kyste suppuré qu'on n'opère pas.

Dans le deuxième cas, c'est celui qui nous intéresse ici le plus; elle peut survenir à n'importe quelle période de l'évolution de la tumeur, logiquement et le plus souvent lorsque celle-ci atteint un degré de développement suffisant.

Cet accident surviendra soit chez des malades porteurs de kystes diagnostiqués, mais non opérés, soit chez des malades au sujet desquels le diagnostic n'aura pas été fait (observation de A. Cade).

Les adhérences contractées par la rate préparent deux voies possibles à l'évacuation du contenu kystique : la voie abdominale et la voie thoracique.

Les kystes supérieurs contractent des adhérences avec le diaphragme; il se forme un tissu fibreux, dense, à travers lequel le contenu du kyste se fraye un chemin, soit vers la plèvre (Guérin-Concetti), soit directement dans les bronches, si les adhérences entre diaphragme, plèvre et poumon sont assez solides.

Les kystes abdominaux s'ouvrent dans la cavité péritonéale ou dans un viscère de l'abdomen: estomac, côlon, rectum, exceptionnellement dans le bassin et l'uretère (Hop. Grand).

Enfin, l'ouverture à la peau a été signalée par Brault et Sokoloff.

Par ordre de fréquence, il semble que l'on puisse mettre en tête la rupture intra-abdominale, ce qui s'explique fort bien par la prépondérance des kystes à développement abdominal, sur ceux à développement thoracique.

Les 35 observations de rupture de kystes hydatiques de rate se décomposent, en effet, comme suit :

1° Kystes thoraciques : 8 cas de rupture.

a) Ouverture dans la plèvre : 2 cas.

b) Ouverture dans les bronches : 6 cas.

2° Kystes abdominaux : 24 cas de rupture.

a) Ouverture dans le péritoine : 14 cas.

b) Ouverture dans un viscère : 10 cas.

Estomac : 2 cas.

Côlon : 6 cas.

Rectum : 1 cas.

Bassinet : 1 cas.

3° Kystes ouverts à la peau : 3 cas.

b) *Signes - Evolution.*

L'apparition de la complication est le plus souvent insidieuse et sournoise. Les signes prémonitoires : augmentation de la douleur, de la température, des phénomènes pulmonaires ou abdominaux, sont rarement notés dans les observations. Les accidents, en général, apparaissent brutalement, sans que l'attention soit attirée du côté de la rate, dont le kyste même pourra être méconnu (observ. de A. Cade), et seuls les symptômes d'évacuation apparus mettront sur la voie de l'évolution de la lésion.

1. *Rupture thoracique.*

a) Le kyste peut s'évacuer dans la *plèvre* avec les signes d'une pleurésie purulente comme dans le cas de Concetti chez un malade porteur d'une échinococcose splénique diagnostiquée; soit insidieusement. Tel est le cas de Guérin : le malade présentait des signes pleurétiques aiguillants vers une origine pleuro-pulmonaire. La ponction seule retirant des débris de membrane hydatique, identifiés par Arnozan, donna le diagnostic.

b) L'ouverture dans les *bronches* est moins exceptionnelle. Il se produit alors une *vomique*.

Elle peut faire suite à un épanchement pleural. Dans l'observation d'Holstein, cette vomique faisait suite à un

épanchement pleural reformé un mois après une ponction qui avait donné un litre de liquide contenant des scolex.

Plus souvent, elle apparaît directement, soit que l'étape pleurale ait passé inaperçue, ou peut-être même ait manqué.

Les malades de Guérin et Quénu avaient été ponctionnés pour kyste hydatique de la rate lorsque, quelques mois après, ils sont pris subitement de vomissements, toux et d'une abondante vomique hydatique.

Les malades de Sokoloff et Trofinoff qui présentaient des signes discrets de tumeur de la rate (pesanteur, tiraillement) virent survenir subitement une abondante vomique hydatique.

A noter, au point de vue pronostic, que les vomiques vident rarement le kyste, et les malades qui ne furent pas marsupialisés succombèrent.

2. *Rupture abdominale.*

a) L'ouverture dans l'estomac est exceptionnelle. Elle est signalée par Rose et Silvestrini. Elle se traduit par l'apparition subite de douleurs épigastriques suivies d'une hydatidémèse : vomissements sanglants au milieu desquels on trouve des vésicules.

b) La rupture dans l'intestin a été signalée plus souvent (Berthelot, Brault, Sokoloff, Hope Grant, Warot, Cade, de Lyon). Elle apparaît brutalement dans la plupart des cas et se caractérise par l'évacuation par l'anus de liquide limpide mêlé de vésicules. On note dans presque tous les cas un état de *shock* qui, pour A. Cade, de Lyon, serait lié à la filtration d'une petite quantité de liquide hydatique dans le péritoine, la majeure partie trouvant issue dans l'intestin. Signalons aussi l'urticaire qui serait liée à la même cause.

L'évolution immédiate est, en général, bénigne; le shock disparaît, et l'on n'a pas signalé de cas de mort brusque comme dans les cas d'inondation péritonéale. Cependant, la rupture n'est pas un processus de guérison du kyste qui continuera bien souvent à s'accroître, pourra s'infecter et nécessitera presque toujours l'intervention chirurgicale.

c) L'ouverture des kystes *en péritoine libre* semble plus fréquente. Nous en avons relevé 14 cas. Nous n'insisterons pas sur les symptômes analogues à ceux de l'ouverture des kystes du foie.

Si le pus est septique, une péritonite s'ensuivra. Dans le cas contraire, la rupture intrapéritonéale s'accompagnera de signes anaphylactiques bénins ou entraînant la mort subite (signalée dans les observations de Sevestre, Monprofit et Rombeau).

Parfois, enfin, l'ouverture se fera insidieusement avec peu de signes cliniques: de nombreux scolex mis en liberté ensementeront le péritoine et provoqueront une échinococcose secondaire bien décrite et étudiée par Dévé.

Signalons, en terminant l'extraordinaire observation de Sabadini : l'accouchement spontané intra-abdominal à travers un orifice kystique de la rate paradoxalement étroit d'une vésicule hydatique intacte pesant 4 kilos 800. Après marsupialisation de l'orifice splénique à la paroi, le sujet sort guéri un mois plus tard.

d) L'ouverture à la peau a été signalée par Brault et par Sokoloff, mais c'est exceptionnel. Des adhérences lient la tumeur à la paroi, et il se fait une fistule qui évacue le liquide hydatique. A noter la possibilité d'ensemencement local, par l'infiltration du tissu cellulaire sous-cutané.

Signalons, enfin, l'ouverture, une seule fois constatée, d'un kyste splénique dans l'uretère (Hope-Grand) ayant provoqué une hydatidurie.

IV. — La calcification

A) *Etiologie - Pathogénie.*

Les kystes hydatiques calcifiés, en général, sont plus fréquents qu'on ne le croit. P. Goinard, d'Alger, qui s'occupe particulièrement de cette question, trouve que leur proportion, par rapport à l'ensemble des kystes hydatiques, semble s'être accrue. Peut-être n'est-ce qu'une apparence dûe aux progrès des techniques radiologiques ! Leur fréquence est variable suivant les pays. Selon Claessen, en Islande, 68 % des kystes hydatiques présenteraient des calcifications; en Afrique du Nord, ils sont communs. L'âge est une notion étiologique importante ; alors que l'échinococcose est une maladie des jeunes, les kystes calcifiés se voient surtout après 40 ans; ce sont de vieux kystes adhérents, à coque épaisse. Or, la rate a l'apanage des très vieux kystes, très longtemps latents. Rien d'étonnant donc à ce qu'on puisse en rencontrer. Un pourcentage est difficile à établir, car les uns ne présentent qu'une minime infiltration calcaire pouvant passer inaperçue; d'autres, véritables cailloux, sont guéris cliniquement et ignorés du chirurgien. A noter que ces calcifications se rencontrent aussi bien au niveau du foie, du rein, du petit bassin, des muscles, mais qu'elles sont exceptionnelles dans les kystes hydatiques du poumon.

La pathogénie de ces kystes calcifiés est encore entourée de profonde obscurité. Aucune théorie encore ne donne d'explication satisfaisante. La transformation calcaire de collections purulentes est fréquente en pathologie humaine, mais cela n'est pas une explication.

Sabadini y voit une prédisposition particulière à certains individus, en rapport peut-être avec une hypercalcémie d'origine probablement glandulaire. En s'appuyant sur le fait que les calcifications hydatiques coexistent parfois avec des calculs rénaux ou hépatiques, cet auteur en fait un processus physiologique général. Et c'est pourquoi il ne pense pas avec Dévé que « les calcifications sont un facteur aggravant » pas plus, du reste, qu'elles n'entraînent la mort du parasite.

Tout dernièrement, Dumolard et Benhamou, d'Alger, ont suivi une malade extrêmement intéressante à ce point de vue :

Il s'agit d'une malade qui, ayant joui jusque-là d'une bonne santé, a présenté à l'époque de la ménopause des douleurs thoraco-abdominales qui étaient de toute évidence la conséquence de lésions vertébrales chroniques et caractérisées par un processus marqué de décalcification et condensation des plateaux vertébraux dans la région nucléaire, au niveau de la colonne dorsale et des réactions ostéophytiques discrètes au niveau de la colonne lombaire.

Chez cette malade, qui avait été opérée en janvier 1937 de kyste hydatique du foie, la radiographie montrait, en outre, l'existence d'un kyste hydatique calcifié de la rate.

Cette coïncidence a amené ces auteurs à penser que la calcification du kyste pouvait être la conséquence des lésions osseuses vertébrales et de la décalcification qui accompagnait ces lésions. La calcification apparaît comme une manifestations particulière de la loi générale des mutations calciques formulée par Leriche et Policard. Quelques cas ont déjà été observés, et cette théorie cadrerait bien avec certaines conditions étiologiques actuellement

bien précises et relatives aux calcifications hydatiques :

1° Les calcifications surviennent chez des personnes âgées;

2° Leur fréquence est variable suivant les pays et peut être en rapport avec la décalcification de leurs habitants.

B) *Anatomie pathologique.*

L'anatomo-pathologie offre à étudier les calcifications et les réactions extra et intra-kystiques

1. *Les calcifications.*

D'aspect très variable, selon leur abondance, on peut, cependant, classer deux formes caractéristiques:

a) L'infiltration pariétale kystique fibreuse: la paroi du kyste est tapissée, soit uniformément, soit par plages de plaques calcaires de densité plus ou moins importante;

b) L'infiltration massive du kyste: la coque est calcifiée et dure; le centre est envahi par une masse gélatino-calcaire. Il semble que le processus de calcification a progressé concentriquement pour aboutir à une véritable involution du kyste.

2. *Réactions extra-kystiques.*

Un tissu fibreux plus ou moins dense se forme autour de ces kystes. Mais alors que dans les kystes calcifiés récents, à calcification uniquement périphérique, paroi kystique et parenchyme sont intimement unis, empêchant toute énucléation, par contre, autour des kystes calcifiés avancés, il s'est formé une zone nécrotique facilement *clivable*, permettant la décortication.

3. *Réaction intra-kystique.*

Il semble actuellement bien établi que la calcification se produit dans les kystes troubles (que la purulence soit

septique ou aseptique), jamais dans les kystes clairs. Donc porter le diagnostic de kyste calcifié est également porter celui de kyste infecté.

A propos du contenu kystique, une question d'importance thérapeutique se pose : le kyste conserve-t-il sa fertilité ? Il est légitime et classique d'envisager la calcification comme un processus de guérison. Mais tant que le kyste n'est pas transformé totalement en une masse calcaire, on ne peut pas affirmer la mort du parasite, et il est vérifié, à coup sûr, que les calcifications périphériques coexistent toujours avec la fertilité du parasite. Nous en verrons plus loin les conséquences thérapeutiques.

c) *Signes.*

La calcification ne détermine par elle-même aucune allure clinique spéciale. Sabadini dit à ce propos : « Ils n'ont aucune individualité clinique particulière. Ils sont toujours des trouvailles, et dans des circonstances particulières. Vouloir leur attribuer une symptomatologie propre est une erreur. »

En effet, certains évoluent de façon latente et sont découverts :

— Soit au cours d'un examen clinique : on pourra sentir sous la main, s'ils sont superficiels, une consistance chondroïde ou cartonnée;

— Soit au cours d'un examen radiologique qui montrera tantôt une masse opaque, arrondie, massive, à contours irréguliers : image de calcification massive; tantôt une ligne plus ou moins régulière et arrondie, limitant le kyste : image de calcification pariétale;

— Soit enfin au cours d'une opération pour kyste diagnostiqué ou non.

d) *Diagnostic - Pronostic.*

Pratiquement, les seuls caractères des kystes calcifiés sont d'ordre radiologique; ils ont une grande valeur diagnostique, mais il faut se garder de les considérer comme pathognomoniques. Lorsqu'il s'agit de simples trames opaques, le diagnostic peut rester en suspens avec les calcifications de cartilages costaux, des opacités lithiasiques; et l'image d'un kyste hydatique, entièrement opacifié, peut être simulé par la calcification de ganglions, abcès chronique, kyste non parasitaire, hématome.

Le pronostic : s'agit-il d'un kyste en involution ou en évolution ? n'est pas toujours facile à établir. Comme toujours, le signe radiologique n'a de valeur qu'en fonction des autres signes cliniques. Un kyste latent que révèle une radio, dont l'imprégnation minérale est diffuse, épaisse, presque homogène, *a fortiori* si ses contours sont irréguliers, à pans coupés, ou, si l'ensemble de la poche apparaît rétracté, comme chiffonné, un tel kyste est très probablement en involution avancée, en voie de guérison naturelle. Mais ce n'est que probabilité. Même dans ces cas, on peut trouver une vésicule vivante.

Il faut s'efforcer d'établir, dit Goinard, dans chaque cas particulier, la signification si diverse de la calcification.

— Constitue-t-elle la dernière phase d'une lente involution latente, un état de guérison ?

— Complique-t-elle, au contraire, l'évolution d'un kyste infecté ?

— Ou est-elle simplement une particularité n'influant nullement sur le sort du kyste ?

Pour apprécier ces différentes :

Les réactions biologiques ne sont d'aucun secours;

Les signes cliniques suffisent souvent;

Les signes radiologiques peuvent aider.

Mais bien des cas demeurent douteux.

CHAPITRE II

DU TRAITEMENT

Nous ne signalons que pour mémoire la ponction du kyste : dangereuse et inactive, elle est définitivement abandonnée depuis de nombreuses années. Le traitement chirurgical convient seul à la localisation splénique. Quatre méthodes thérapeutiques sont actuellement appliquées à la chirurgie des kystes hydatiques de la rate :

L'ablation du parasite, suivie de drainage (marsu-
pialisation);

L'ablation du parasite suivie de fermeture immé-
diate;

La résection du kyste;

La splénectomie.

Les deux premières sont des méthodes conservatrices; les deux autres, des méthodes d'exérèse.

Nous nous proposons de discuter à propos de chacune des complications que nous avons envisagées précédemment, l'avantage de telle ou telle méthode et les indications thérapeutiques. Nous nous appuierons surtout pour cela sur les résultats obtenus par les chirurgiens ayant l'expérience de cette localisation rare de l'échinococcose (Costantini, Sabadini, Oulié, Carcassone, Goinard, Brun).

Disons, dès l'abord, que la méthode de résection ne nous retiendra pas, car son indication précise n'entre pas dans le cadre que nous nous sommes fixé; elle nécessite, en

effet, pour être entreprise, la pédiculation du kyste; en pratique, du reste, son exécution a été rare (9 cas signalés).

I. — Compression

C'est là une éventualité très fréquemment rencontrée. On connaît l'évolution insidieuse de ces kystes, se manifestant le plus souvent dans des pays à mœurs primitives. L'indigène, en admettant qu'il n'ait pas été arrêté plus tôt par quelque autre complication, ne viendra voir le chirurgien que lorsque sa tumeur aura atteint un volume considérable.

Devant ce kyste, que nous supposons simple, c'est-à-dire ni ouvert, ni calcifié, ni suppuré (ce qui souvent ne pourra être vérifié qu'à l'ouverture), trois méthodes sont applicables ;

1° La marsupialisation défendue avec force et autorité par Sabadini. Elle s'applique dans le cas de kystes clairs, volumineux et *adhérents*. Or, cette dernière particularité anatomique se trouve le plus souvent réalisée, nous l'avons vu.

2° La splénectomie primitive semble être pour Carcassonne une indication majeure à réaliser dans le traitement des gros kystes hydatiques de la rate. Alors que Sabadini la réserve aux gros kystes clairs, mais *libres d'adhérences* et ayant détruit presque complètement le parenchyme splénique, Carcassonne s'appuie :

— D'une part, sur l'observation de 3 malades chez qui avaient été pratiquées de simples marsupialisations et chez qui, 2 et 3 ans après l'opération, persistait une fistule intermittente avec phénomènes fébriles de rétention.

— D'autre part, sur l'opinion du Professeur Grégoire et de l'école parisienne insistant sur la bénignité relative de la splénectomie.

Et il conclut : « Certes, je ne prétends point ériger celle-ci en méthode univoque, et je pense que les difficultés opératoires et les dangers qui en découlent doivent la faire rejeter dans un bon nombre de cas. Je pense, néanmoins, qu'il faut la tenter chaque fois qu'elle est techniquement réalisable, et les complications lointaines de la marsupialisation, les dangers d'infection secondaire, les lenteurs de la cicatrisation m'amènent à conclure que la splénectomie doit être le traitement de choix des gros kystes hydatiques de la rate, chaque fois que l'opération est possible, sans faire courir au malade de grands risques.

3° La réduction sans drainage, enfin, est soutenue par Arnaud, qui estime qu'« avant d'enlever une rate, on doit y regarder à deux fois et que si la rate a la malchance d'être, dès qu'elle est grosse, tentante pour un chirurgien, il ne faut cependant pas oublier sa grande importance physiologique. » Et avec Brun, de Tunis, Arnaud indique de façon formelle que c'est la réduction sans drainage qu'il faut faire, surtout dans les cas de kystes où le parenchyme est simplement repoussé, sans subir d'autres modifications pathologiques.

En conclusion, il semble que l'on puisse s'en tenir, dans le cas de ces kystes volumineux, non compliqués, aux règles éclectiques formulées par Sabadini avec quelques variantes, selon la tendance de chacun sur le rôle plus ou moins primordial de la rate :

a) Le kyste est adhérent. Ce cas répond aux restrictions formulées par Carcassonne. Il faut indiscutablement faire la marsupialisation. Elle seule permettra l'évacuation rapide du contenu et de la membrane mère ; elle seule pourra être pratiquée souvent à l'anesthésie locale et

mettra à l'abri des complications post-opératoires, si fréquentes au cours des splénectomies, ou des ablations parasitaires, avec fermeture immédiate au cours des gros kystes adhérents.

b) Le kyste est libre. Si la presque totalité de l'organe est détruite, on pratiquera la splénectomie sans remords. Si le parenchyme est simplement repoussé, on pourra faire une réduction sans drainage.

II. — La suppuration

1° La réduction sans drainage : Opération de choix, elle est à *rejeter* dans ce cas *formellement*. Des cas guéris parfaitement par ce procédé, et même des statistiques impressionnantes ont été publiées. Delastre, dans sa thèse en 1927, conclut : « Le traitement pour les kystes clairs et suppurés est l'évacuation suivie de fermeture immédiate. » Actuellement, Costantini et les chirurgiens de l'Afrique du Nord, ayant l'expérience du kyste hydatique, ne prennent pas ces statistiques au sérieux et conseillent formellement de ne pas fermer les kystes suppurés.

2° La marsupialisation, opération de sauvegarde, s'adresse aux kystes qui suppurent. « Petits ou volumineux, les kystes suppurés relèvent tous de la marsupialisation », dit Sabadini. On a accusé la marsupialisation de prédisposer aux éventrations : Delbet, Jaboulay, Gignozzi en ont cité des observations. Il s'agit là de complications rares. Perlavecchio prétend que la rate, en adhérent à la cicatrice, empêche toute éventration; sans aller jusque-là, retenons la rareté de cette complication, et ce n'est pas un argument à retenir contre une méthode capable de rendre de si grands services.

3° La splénectomie pourra être préférée dans certains cas de kystes suppurés, à la marsupialisation. C'est ainsi

que pour les kystes multiples suppurés, si l'organe est mobile, il est conseillé de l'enlever; de même lorsqu'on trouvera des lésions parenchymateuses de la rate (abcès, infarctus). Enfin, il est des cas où la marsupialisation n'est pas possible, ou présente de grosses difficultés, parce que le kyste est trop haut situé, parce que le parenchyme saigne à la moindre traction; c'est dans ces conditions qu'on doit se décider à faire la splénectomie, opération de nécessité.

III. — Rupture

Les kystes compliqués de rupture relèvent du traitement chirurgical d'urgence. On appliquera à la rate les méthodes actuellement admises par la majorité des chirurgiens pour le traitement des kystes hépatiques ouverts spontanément.

S'il s'agit de rupture dans les voies digestives, on commencera par traiter le shock par les moyens habituels: adrénaline ou extraits totaux de surrénale en injection, cardiotoniques, oxygène, etc... Pour Cade, de Lyon, dont nous publions, d'autre part, une belle observation, toute idée d'intervention immédiate doit être écartée; ultérieurement, au contraire, si la rate grossit à nouveau, intervention. Pour Sabadini, il faut intervenir d'urgence dans tous les cas en faisant une *marsupialisation* le plus simplement possible.

En cas d'ouverture thoracique, on marsupialisera le kyste par voie abdominale ou thoracique, selon les circonstances. S'il existe un épanchement pleural *hydatique* (et non réactionnel), on pourra être amené, dans un second temps, à faire une pleurotomie évacuatrice.

L'ouverture brutale du kyste dans le péritoine relèvera aussi de la marsupialisation d'urgence. Elle sera précédée de la révision méticuleuse de la cavité abdominale,

suivant la technique précisée par le Professeur Costantini, sous peine de voir se développer plus tard des kystes péritonéaux.

IV. — Calcification

La conduite à tenir en présence de kyste hydatique calcifié sera basée sur les conclusions d'un soigneux examen clinique et radiologique :

1° Il est des kystes calcifiés qu'il ne faut pas opérer parce qu'ils évoluent spontanément vers la guérison. Se borner à en surveiller l'évolution.

2° Il est des kystes peu calcifiés qu'il faut opérer de la même façon que s'ils ne l'étaient pas.

3° Mais il est des kystes compliqués pour lesquels il faut être d'autant plus interventionniste qu'ils sont calcifiés : ceux qui sont infectés, ouverts dans un viscère creux.

Les règles formulées par Goinard sont aussi bien précisées par Sabadini dont les conclusions peuvent se résumer ainsi :

Kyste partiellement calcifié : opération rapide.

Kyste à calcification massive : opération si l'attention du chirurgien a été appelée par le malade.

Expectative s'il s'agit d'une trouvaille d'examen radiologique, ne gênant pas le malade.

Quelle méthode devra-t-on employer ?

L'ablation et la réduction sans drainage ne doivent même pas, dans ces cas, être envisagées.

La discussion porte surtout sur deux méthodes :

1° La décortication;

2° La marsupialisation avec ou sans excochléation.

1° La décortication consiste à enlever en bloc la totalité du kyste en le séparant du parenchyme splénique. Cette méthode, très prônée en Russie, est considérée par Melnikoff et son école, comme la méthode directrice de la chirurgie des kystes hydatiques :

Ces auteurs s'appuient sur le fait que, dans la capsule, se trouveraient des éléments germinatifs des scolex formant « échardes » et dont certains pénétreraient assez avant dans le parenchyme. Ce sont ces échardes qu'il importe de supprimer et, pour y parvenir, quoi de mieux que de réséquer la capsule péri-kystique ?

Mais on doit opposer à cette méthode des arguments, d'ordre anatomique et clinique.

Dévé, qui a passé sa vie à étudier l'anatomie pathologique des kystes hydatiques, n'a jamais vu ces échardes et en nie l'existence.

C'est une méthode difficile, car nous avons vu que le plan de clivage est rare. Elle est dangereuse du fait des hémorragies primitives ou secondaires qui pourront survenir.

Costantini, Sabadini, Oulié, Dévé, Goinard condamnent la décortication.

2° La marsupialisation est indiquée dans la majorité des cas; elle est peu choquante et permet ultérieurement l'issue spontanée des masses calcaires.

On y adjoindra, en cas de calcification massive, l'excochléation, c'est-à-dire le décapage de la capsule par l'intérieur de la cavité. Considérée comme dangereuse par certains (Goinard) à cause des risques d'hémorragie, cette

méthode est défendue et appliquée par Sabadini. Cet auteur marsupialise dans un premier temps et fait l'*excochléation secondaire*, alors que la plage calcaire a déjà subi un début d'élimination spontanée au niveau d'une paroi kystique peu vascularisée.

Signalons, enfin, que la splénectomie aura pour les kystes calcifiés les mêmes indications que pour les autres formes anatomiques.

I. — Kystes suppurés

OBSERVATION I

(Dûe à l'obligeance de M. le Professeur Guyot)

*Kystes hydatiques suppurés de la rate. Marsupialisation.
Guérison.*

M. X., 50 ans, manœuvre, a été opéré, il y a quelques années, d'un kyste hydatique du foie. Venu consulter pour une tumeur de l'hypocondre gauche avec fièvre et altération sérieuse de l'état général.

Cet homme, amaigri, avec fièvre à oscillations, présente une énorme tumeur liquide nettement fluctuante très douloureuse, avec élargissement de la base thoracique.

Le diagnostic de kyste hydatique suppuré de la rate est posé; le malade opéré à l'éther Ombredanne; on incise 2 gros abcès de la rate qui sont évacués et drainés (de nombreuses hydatides nagent dans le pus).

Les deux poches marsupialisées, la fièvre tombe, et au bout de 3 mois, cet homme quitte le service guéri. Il n'a pas été revu.

OBSERVATION II

(Mirizzi)

Kyste hydatique suppuré de la rate. Splénectomie.

Jeune homme de 18 ans, ayant subi un violent traumatisme quelques mois auparavant, à l'hypocondre gauche.

Au cours de l'opération, on trouva une rate atteignant le volume de deux poings d'adulte, dont l'exérés fut facile, grâce au peu de développement des adhérences. L'examen de la pièce montra qu'il s'agissait d'un kyste hydatique suppuré, dont la cavité contenait de nombreuses membranes hydatiques baignant dans un demi-litre de pus chocolat. La parenchyme était en grande partie détruit, sauf au pôle supérieur où subsistait une partie de l'organe.

OBSERVATION III

(Oulié)

Femme présentant un énorme kyste splénique. Incision transversale sous-costale gauche, ponction : 1.200 cmc. de liquide purulent, splénectomie, adhérence épiploïque sectionnée, peu d'adhérences au diaphragme. Fermeture en deux plans. Suites : suppuration pariétale. Guérison en un mois et demi.

OBSERVATION IV

(Zwirn)

Kyste hydatique suppuré traité par fermeture primitive.

Femme de 55 ans. Entre à l'hôpital le 19 octobre 1920. Depuis sept ans, se développe avec un peu de température une tumeur de l'hypocondre gauche, sans provoquer de douleur. Il y a deux mois, évacuation par vomique de pus. La poche se reforme.

Le 26 octobre, opération. On retire 4 litres de pus, avec vésicules flétries. Lavage à l'éther. Fermeture hermétique de la poche par surjet au catgut et fixation à la paroi abdominale, refermée en 3 plans.

Suites opératoires normales. Au 10^e jour, on enlève les points de la peau. Guérison. Pas de signes pulmonaires.

OBSERVATION V

(Howakimian et Nafi-Bey)

Indigène de 50 ans entre à l'hôpital d'Alep parce qu'« il est malade depuis quatre mois ». Sujet amaigri, faciès pâle et émacié, incapable de grands mouvements. La langue est sèche; l'état général, mauvais; signes d'infection manifeste; le cœur est faible; pouls à 120; température : 36° 8; réaction nulle. Poumon, foie normaux. Pas d'antécédents.

A l'examen : hypocondre gauche proéminent et très tendu; tumeur lisse, rénitente, mate, s'étendant de l'ombilic à la 9^e côte où elle se continue avec la matité splénique; la tumeur ne paraît pas mobile et n'obéit pas aux mouvements du diaphragme.

Opération : énorme kyste contenant au moins 6 litres de pus où nageaient, libres, une trentaine d'hydatides blanches et quatre, grosses comme une mandarine, renfermant un liquide louche. La rate était réduite à l'état d'une coque d'un centimètre d'épaisseur à peine.

Convalescence pénible et longue.

OBSERVATION VI

(Thèse Warot)

Médecin-dentiste, de 28 ans, constate, depuis huit ans, une déformation de la région splénique.

A l'intervention, on trouve un kyste hydatique suppuré de la rate. Ponction.

Mort 36 heures après.

OBSERVATION VII

(Ferrari)

Homme de 22 ans, présentant une volumineuse tumeur de l'hypocondre descendant vers l'ombilic. Elle est allongée verticalement et immobile. Mate, fluctuante. Pas de frémissement.

Opération : évacuation d'un kyste purulent (2 litres de pus). Marsupialisation. Guérison (1 mois).

II. — Compression des organes

OBSERVATION VIII

(Dûe à l'obligeance de MM. les Professeurs Papin et Darget)

Kyste hydatique de la rate

à symptomatologie douloureuse rénale.

Jeune homme de 20 ans consulte pour tumeur du flanc gauche existant depuis plusieurs mois. Elle augmente de volume et avait été le point de départ de crises douloureuses. Etat général excellent.

A l'examen : tumeur ayant le volume de deux poings, située dans le flanc gauche : légèrement mobile, surface bosselée, consistance tendue, douloureuse. L'uretéro-pyélographie permet de voir l'uretère gauche dévié par la tumeur, qui lui imprime une courbe à convexité interne près du rachis. Le diagnostic le plus probable paraissait celui de tumeur paranéphrétique ayant entraîné une gêne urétérale avec crises douloureuses.

Opération : Kyste hydatique très altéré de la rate avec adhérence du grand épiploon. Splénectomie. Guérison opératoire sans incident.

OBSERVATION IX

(Moro)

Femme de 48 ans. Depuis 5 ans, tumeur se développant dans la moitié supérieure gauche de l'abdomen avec, dans les derniers temps, troubles respiratoires, douleurs et vomissements après les repas. Tumeur du volume d'une tête d'homme, fluctuation, pas de frémissement. Casoni positif. Eosinophilie : 14 %.

Splénectomie. Guérison sans incident.

OBSERVATION X

(Sokoloff)

Homme qui présente des signes d'occlusion intestinale nécessitant une entérotomie. A l'ouverture du péritoine existe un étranglement de l'angle gauche du côlon par déformation fibreuse adhérente à un kyste volumineux de la rate.

III. — Ouverture du kyste

OBSERVATION XI

(Cade et Bergeret)

Rupture de kyste hydatique de rate dans les voies digestives

Homme de 29 ans, berger, entre en décembre 1925 à l'hôpital parce que, depuis mars, il maigrit, perd les forces et présente un point douloureux dans l'hypocondre gauche avec irradiation vers la région axillaire gauche : douleur sourde et continue.

Examen : rate nettement hypertrophiée; matité sur 5 travers de doigt; légère douleur au palper avec un peu de contracture à gauche. Foie, poumon, cœur, ganglions : normaux.

Radio : rate hypertrophiée. Le malade quitte le service après quelques séances de radiothérapie.

Le 19 février 1929, à la suite d'une course, le sujet présente une débâcle rectale de liquide clair comme de l'urine et tombe en état de shock : pouls imperceptible, cyanose, nausées, éruption d'urticaire. A l'examen, le ventre est souple, la tumeur splénique a disparu, l'état de shock disparaît peu à peu. L'urticaire s'efface en 2 jours. Pendant quelques jours, les matières sont enrobées de glaire avec un peu de sang. 2 mois après la rupture, la rate augmente à nouveau de volume.

Pas d'éosinophilie. Weinberg et Casoni pas pratiqués. Le malade refuse l'opération.

OBSERVATION XII

(Delore et Poncet)

*Kyste multiloculaire de la rate. Double kyste épiploïque.
Splénectomie. Guérison.*

Femme âgée de 25 ans qui, il y a 4 ans, remarqua, sans jamais souffrir, une légère voussure siégeant dans le rebord costal gauche, sans provoquer jamais aucun phénomène abdominal; la tumeur augmenta considérablement de volume, surtout depuis un an.

L'examen clinique fait écarter la possibilité d'une grosse rate. Le toucher vaginal, d'autre part, fait reconnaître une tumeur pelvienne très mobile qui semblait suspendue contre la paroi abdominale et le plancher pelvien. Au-dessous d'elle, deuxième masse située plus profondément.

Laparotomie exploratrice médiane. On fait l'ablation d'une tumeur kystique reconnue hydatique, incluse dans l'épiploon et adhérente au détroit supérieur; ablation de la deuxième tumeur incluse complètement dans l'épiploon.

Par une deuxième incision latérale gauche, on aborde alors la tumeur principale, adhérente à l'épiploon et à la paroi lombaire; il s'agit d'un kyste hydatique de la rate. La rate enlevée pèse 1.100 grammes.

OBSERVATION XIII

(A. Guérin)

*Kyste hydatique suppuré de la rate,
ouvert dans la plèvre gauche à travers une perforation
du diaphragme.*

Thoracotomie. Mort 14 jours après l'opération par septicémie

Femme de 24 ans, originaire des Landes, qui, depuis l'âge de 7 ans, se plaint de douleur de côté à gauche. Ayant eu une fluxion de poitrine et ayant présenté des hémoptysies, elle était soignée jusque-là pour son état pulmonaire. Le 23 octobre, à son entrée à l'hôpital, on trouve des râles humides et de la matité au sommet pulmonaire gauche. En arrière, matité dans presque toute l'étendue du poumon gauche, ni souffle, ni pectoriloquie aphone. L'espace de Traube est sonore. Pas de température.

Le 23 décembre, devant la persistance des symptômes, ponction dans le 8^e espace intercostal gauche retirant quelques gouttes de liquide contenant des globules de pus et de nombreux crochets et ramenant une petite membrane blanchâtre qui présente la structure en feuillets des kystes hydatiques. L'attention est alors attirée sur la rate; elle est volumineuse; on la limite aisément par la percussion et la palpation; elle descend jusqu'à deux doigts au-dessus de la crête iliaque. En dedans, on trouve son bord tranchant à quatre doigts de l'ombilic. Cette palpation n'est pas douloureuse. Par la percussion, la matité splénique se confond avec la matité pleurale, sans zone sonore interposée; cette percussion est douloureuse. Pas de frémissement hydatique, ni fluctuation. Pas d'urticaire.

Opération avec état général grave le 2 janvier. Incision dans le 8° espace intercostal gauche amenant l'évacuation d'une quantité considérable de pus avec 4 ou 500 vésicules. Marsupialisation. La malade meurt le 18.

Autopsie : la rate présente des adhérences très fortes avec le diaphragme. A l'ouverture de la poitrine : le poumon gauche est ratatiné en haut près de la colonne vertébrale; la cavité pleurale est cloisonnée et divisée en deux poches contenant du pus. La poche inférieure repose sur le diaphragme qui est creusé d'une ouverture pénétrant dans la rate. A l'ouverture de la rate, celle-ci est creusée d'une cavité occupant les trois quarts supérieurs, communiquant largement avec la cavité pleurale.

OBSERVATION XIV

(Quénu)

Homme de 37 ans. Ponction d'un kyste de la rate trois mois après, vomique hydatique et, consécutivement, signes de pneumothorax gauche.

Diagnostic : kyste hydatique splénique évacué dans les bronches. Marsupialisation transpleuro - diaphragmatique, après résection de la 9° côte.

IV. — Kystes calcifiés

OBSERVATION XV

(Grilli Adamo)

Homme de 53 ans, malade depuis deux ans, ayant subi à plusieurs intervalles quatre examens radiologiques ayant montré des kystes multiples du foie, ainsi qu'un kyste de la rate. A son dernier séjour à l'hôpital, le malade accuse un diabète et meurt subitement. L'autopsie confirme l'examen clinique. Le diagnostic anatomo-clinique dit : Kystes à échinocoque de la rate; kystes multiples à échinocoques avec parois calcifiées. Deux de ces derniers kystes ont un contenu suppuré. Il est à remarquer que le malade présentait des accès fébriles au cours des derniers mois de sa vie.

OBSERVATION XVI

(Costantini)

Femme de 59 ans, opérée en octobre 1925 pour kyste suppuré de la rate. Marsupialisation sous-chondrale, suivie d'une suppuration très longue. Une radiographie montre à ce moment une ombre très sombre de l'hypochondre gauche. En septembre 1926, réintervention abdominale. Toute exérèse est empêchée par les adhérences multiples et solides. Nouvelle intervention en 1926 par thoraco-laparotomie. Traversée de la plèvre libre, suture du diaphragme aux intercostaux. On isole une masse calcaire de la grosseur d'un gros poing et dont l'épaisseur atteint plusieurs centimètres. Au centre, une petite cavité. Cette calcification est enlevée et on laisse en place une lame de tissu splénique qui est drainé par Mickulicz. Suites opératoires simples, mais longues. Sortie de l'hôpital un an après la dernière intervention.

OBSERVATION XVII

(Coen)

Homme de 46 ans, décédé à la suite d'une méningite. Kyste solitaire situé sur la face convexe de la rate, pénétrant profondément dans le parenchyme splénique, entouré d'une capsule compacte en partie calcifiée. Les dimensions : diamètre longitudinal : 13 cm.; diamètre transversal : 9,5 cm.

CONCLUSIONS

Les complications que l'on peut rencontrer au cours de l'évolution des kystes hydatiques de la rate sont :

1° *La compression des organes* : Elle est fréquente, car le kyste atteint généralement un volume considérable. Elle est le plus souvent bénigne et se traduit par des symptômes d'ordre respiratoire (kystes thoraciques) ou digestifs le plus souvent (kystes abdominaux).

Dans la majorité des cas elle nécessite la marsupialisation; plus rarement la splénectomie si le kyste est libre et le parenchyme splénique détruit, ou la réduction sans drainage si celui-ci est simplement repoussé.

2° *La suppuration du kyste* : On la rencontre environ une fois sur trois ou quatre kystes; elle évolue souvent sans signes particuliers d'infection, car le pus est fréquemment peu virulent, voir même aseptique : le diagnostic se fait dans ces cas à l'ouverture du kyste.

Petits ou volumineux, les kystes suppurés relèvent tous de la marsupialisation; la splénectomie ne vivra que de ses contre-indications. La réduction sans drainage doit être formellement rejetée.

3° *La rupture du kyste* : Elle est de plus en plus rare. Elle se fait dans le thorax (plèvre et poumon), se traduisant par une vomique; dans l'abdomen, soit en péritoine libre, soit dans les voies digestives (hydatidemèse ou hydatiden-terie); exceptionnellement la rupture se fait à la peau ou dans le bassin.

Tous ces cas relèvent de l'intervention d'urgence. En général marsupialisation faite aussi simplement que possible.

4° *La calcification du kyste* : Elle est rencontrée de plus en plus fréquemment, surtout après quarante ans. Elle peut être partielle ou totale. Il s'agit de vieux kystes adhérents et souvent infectés, n'ayant aucune allure clinique spéciale. Les conclusions cliniques et radiologiques aiguilleront le chirurgien vers l'abstention (kyste calcifié en masse, en voie de guérison) ou l'intervention : marsupialisation avec ou sans excochléation secondaire.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine, ou recourir à mes soins, je les soignerai sans salaire, ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puisse-je avoir un sort contraire.

Vu :

Le Doyen,

Pierre MAURIAC.

Vu, bon à imprimer :

Le Président de thèse,

J. GUYOT.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 6 Décembre 1938.

Le Recteur de l'Académie,

G. BOUSSAGOL.

BIBLIOGRAPHIE

- ALESSANDRI. — Echinocoque de la rate et pyothorax gauche intercurant opérés et guéris, *Raccoglitoro Medico*, 1878, X, p. 113.
- ANGELESCU et TOVARU. — Traitement chirurgical des kystes hydatiques de la rate, *Rev. Chir. Bucaresti*, mars-avril 1932, t. XXXV, p. 133.
- ANTONA (d'). — Kyste à échinocoque de la rate, *Studium*, 1911, p. 13.
- ARNAUD. — Volumineux kyste hydatique de la rate. Cure opératoire par réduction sans drainage. Résultats éloignés. *Société de Chirurgie de Marseille*, mai 1935.
- BARADUC. — *Traitement des kystes hydatiques abdominaux*. Thèse, Paris, 1898.
- BARRET. — Kyste hydatique de la rate, *Bull. Soc. Anat. de Paris*, 1928, p. 341.
- BASTIAN. — Kyste hydatique de la rate. Guérison spontanée. *Tr. Path. Soc.*, livre XVIII, p. 257.
- BERTHELOT. — *Journ. de Méd. et Chirurg.*, 1790.
- BOUILLY. — Sur le traitement des kystes hydatiques de la rate, *Bull. et Mém. Soc. de Chir. Paris*, 1892.
- BRAULT. — Kyste hydatique de la rate ouvert dans le côlon, *Bull. Soc. Anat. de Paris*, 1876, p. 673.

- BRESSOT. — Traitement des kystes hydatiques de la rate, *Prog. Méd.*, 24 mai 1930, p. 905.
- BRUN et OULIÉ. — Traitement des kystes hydatiques de la rate, *Algérie Méd.*, août 1935.
- CADE et BERGERET. — Rupture de kyste hydatique de rate dans les voies digestives, *J. de Méd. de Lyon*, 20 août 1929, p. 535.
- CALLOSE. — Kyste hydatique rompu de la rate, *Méd. Journ. Australia*, 11 juillet 1931, p. 53.
- CARCASSONNE et LLUCCIA. — Splénectomie pour kyste hydatique de rate, *Soc. de Chir. de Marseille*, février 1937.
- CASANOVA. — *De l'intervention chirurgicale dans le kyste hydatique de l'abdomen*. Thèse, Montpellier, 1901.
- CHARRIER et BARDON. — Traitement des kystes hydatiques de la rate, *J. de Méd. de Bordeaux*, 25 octobre 1927, p. 771.
- CONCETTI. — Echinocoques de la rate, *Giorn inter Sc. Med. Napoli*, 1880, p. 247.
- CORRADINO. — Kystes à échinocoques de la rate, *Cong. Intern. di Med. Roma*, 1920, p. 522.
- COSTANTINI. — Traitement chirurgical des kystes hydatiques de la rate, *Algérie Médicale*, mai 1928, p. 236.
- Kyste calcifié de la rate, *Alg. Médicale*, mai 1928, p. 306.
- COSTANTINI et OULIÉ. — Contre la décortication des kystes hydatiques, *Presse Médicale*, 24 mars 1937, n° 24, p. 449.
- CRAS. — *Etude sur les kystes hydatiques de la rate*. Thèse, Bordeaux, 1896.

- DARAIGNEZ. — Kyste hydatique de la rate. Marsupialisation, drainage, guérison, *Gaz. Hebd. Sc. Méd. Bordeaux*, septembre 1902.
- DELASTRE. — *Les kystes hydatiques de la rate. L'Echinococcose en Tunisie*. Thèse, Paris, 1927.
- DELBECQ. — *Kystes hydatiques multipliés de la rate*. Thèse, Paris, 1908.
- DELBET. — Kyste hydatique de la rate. Capitonnage. *Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris*, 1900.
- DÉVÉ. — L'échinococcose splénique, considérée du point de vue pathogénique, *Revue de Patho. comparée*, mars 1936, p. 345.
- DIEULAFOY. — Les kystes hydatiques de la rate, *Clin. Méd. de l'Hôtel-Mieu*, 1898-1899.
- DUMOLARD et BENHAMOU. — Pathologie des kystes hydatiques calcifiés, *Algérie Médicale*, avril 1938, n° 124.
- DUROZIEZ. — Kyste hydatique de la rate, s'étant vidé par les bronches, *Gaz. des Hôp. de Paris*, 1870.
- FÉVRIER. — Chirurgie de la rate, *XIV^e Congrès de Chirurgie Française*, Paris, octobre 1901, p. 22.
- GIAMETTASIO. — Echinocoque primitif suppuré dans une rate paludéenne. Splénectomie, guérison, *Reforma Med.*, 1905, p. 681.
- GIGNOZZI. — L'échinococco-splénico; studio clinico, operativo, *Arch. Ital. di Chirurg. Bologna*, 1923, p. 258.
- GOINARD. — Kyste hydatique calcifié de la rate, *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, n° 35, 19 décembre 1934.
- GRILLI. — Considérations sur un cas de kystes multiples à échinocoques avec calcification et suppuration, *Quaterni. Radiol.*, 1938, t. IV, p. 56.

GUEDJ. — Cité par Zonza (Obs. VI).

GUÉRIN. — *Arch. Clin. Bordeaux*, 1896.

GUYOT et CHAVANNAZ. — Kystes hydatiques de la rate, *Traité de Chirurgie*, Le Dentu et Delbet, 1913, t. XXVI, p. 256.

HOLSTEIN. — *Virchow's und Hirsch's Jahres bericht*, 1872.

HOPE GRANT. — *Brit. Med. Journ.*, mai 1892, p. 968.

HOWAKIMIAN et NAFI-BEY. — Un cas de kyste hydatique suppuré de la rate, *Marseille Méd*, 1927, LXI, p. 829.

JAURÉGUI et MONSERRAT. — Contribution à l'étude des kystes hydatiques calcifiés, *Ann. d'An. Path.*, avril 1932, t. IX, p. 345.

MAS. — *Cent. fur. Chirurg.*, 1889.

MARTIN. — *Les kystes hydatiques de la rate*. Thèse, Paris, 1908.

MATTIOLI. — Sur les cas de kyste à échinocoque de la rate qui s'est traduit à l'intérieur par la suppuration, *Gazzeta d'Ospedali*, 1897, p. 1.519.

MIRIZZI. — Kystes hydatiques de la rate. Splénectomie, *Presse Médicale*, n° 36, mai 1937, p. 684.

MOIR. — Kyste hydatique suppuré de la rate, cas nécropsique, *Lancet London*, octobre 1903, p. 1.020.

MONPROFIT. — *Soc. Anat. de Paris*, 1903.

OLIVIER. — Kyste hydatique pédunculé de la rate, *Brit. Méd. Journ.*, 1893, III, p. 13.

OLMEDO. — Kyste hydatique de la rate. Splénectomie. *Semaine Médicale Buenos-Ayres*, 1925, XXXII, p. 1.502.

- PAPILLAUD. — *Contribution à l'étude du kyste hydatique de la rate*. Thèse, Paris, 1926.
- PAPIN et DARGET. — Kyste hydatique de la rate à symptomatologie douloureuse rénale. Présentation de pièce, *Soc. de Chir. de Bordeaux et du Sud-Ouest*, s. du 31 mars 1938, in *Bord. Chirurg.*, juillet 1938, n° 3.
- PASCALE. — Cisti da Echinococco della Milza a sviluppo iniziale freno-splenico; adereze a perforatiozione attraverso il polmone; vomica, *Riv. Internaz. di Clin. et Terap. Napoli*, 1911, p. 63.
- PARLAVECCHIO. — Nouvelle contribution au recueil des cas de l'échinococcose de la rate. Kyste volumineux suppuré, opération, guérison, *Pensiero Medico*, 1913, p. 433.
- PEYRE. — Kyste hydatique et salmonellose, *Presse Méd.*, 21 janvier 1928, p. 85.
- QUÉNU. — Kyste hydatique de la rate, *Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 30 novembre 1904.
- REBOUL. — Kyste hydatique suppuré de la rate avec perforation du diaphragme, *Arch. Prov. de Chir. de Paris*, 1896, n° 1.
- SABADINI. — Kyste hydatique de la rate, 1935, *Soc. de Chir. de Paris*, février 1935, et *Jour. de Chir.*, avril 1935.
- Rupture spontanée d'un kyste hydatique de la rate. Accouchement intrapéritonéal d'une vésicule hydatique intacte pesant 4 kg. 800, *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, 1935, n° 11, p. 439.
- *Les kystes hydatiques de la rate*, Masson, éd., 1936.
- SEVESTRE. — Kyste hydatique de la rate, *Bull. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1886, p. 470.

- SILVESTRINI. — Un cas particulier de kyste à échinocoque de la rate, *Gazz. Intern. Med. Chir.*, 1921.
- SOKOLOFF. — *Kyste hydatique solitaire de la rate*, cité par Trenkler.
- TROFINOFF. — Echinocoque solitaire de la rate, *Chir. Moscou*, 1888, p. 561.
- TRINKLER. — Kyste hydatique de la rate, *Revue de Chir.*, 1894, t. XIV, p. 107.
- VILLAR (F.). — Du choix de la méthode de l'intervention dans les kystes hydatiques de la rate et du pancréas, *Jour. de Méd. Bordeaux*, mars 1903, p. 165.
- WAROT. — *Contribution à l'étude des kystes hydatiques de la rate*. Thèse, Lyon, 1905.
- ZONZA. — *Contribution à l'étude des kystes hydatiques de la rate*. Thèse, Alger, 1935.
- ZWIRN. — Kyste hydatique suppuré de la rate, *Marseille Med.*, 1921, t. VIII, p. 373.
-

IMPRIMERIES

GRENOUILLEAU-LANDAIS & LES FILS

BORDEAUX
